

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º

302159
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autorização 11/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7485670	7-Data Validade da Senha 14/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202526536200000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome ARIELE THAIS DA SILVA MACHADO		14-Telefone (147) 343813233	

15-Nome do titular do plano ANDREIA LOURENCO DA SILVA		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Número do Cartão Nacional de Saúde	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

18-Atendimento o a RN ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117562889711		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Código CNES 94101	
24-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		25-Número no CRO 94101		26-UF SP	
27-Número no CRO 94101		28-UF SP		29-Código CBO S 94101	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação F/S	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa 42-Assinatura
1-008110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	16/03/2012	X	Acic
2-008152001401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	1	1	33,00	0,00	0,00	21/03/2012	X	Acic
3-008151002001	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1	88,00	0,00	0,00	21/03/2012	X	Acic
4-000000000000											
5-000000000000											
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	114551001	1010010							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

49-Observação:
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados do elem 24 solicitado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/03/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/03/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/03/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/03/12/10
---	---	---	---

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior